

- conventional, ambulatory and home blood pressure measurement. European Society of Hypertension Working Group on Blood Pressure Monitoring. *J Hypertens*. 2003;21:621–848.
4. Llisterri JL, Rodríguez Roca GC, Alonso Moreno FJ, Lou Arnal S, Divisón Garrote JA, Santos Rodríguez JA, et al. Control de la presión arterial española atendida en atención primaria. Estudio PRESCAP 2002. *Med Clin (Barc)*. 2004;122:165–71.
 5. Coca Peyras A. Evolución del control de la hipertensión arterial en atención primaria en España. Resultados del estudio CONTROLPRES 03. *Hipertensión*. 2005;22:5–14.
 6. Pineda M, Custardoy J, Ortín JM, Cano JG, Andreu MT, Grau C. Grado de conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión arterial, hipercolesterolemia y diabetes mellitus en la población general adulta. *Aten Primaria*. 2004;33:254–60.
 7. Grau M, Subirana I, Elosua R, Solanas P, Ramos R, Masiá R, et al. Trends in cardiovascular risk factor prevalence 1995-2000-2005 in northeastern Spain. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2007;14:653–9.
 8. Coca A, Aranda P, Bertomeu V, Bonet A, Esmatjes E, Guillen F, et al. Estrategias para un control eficaz de la hipertensión arterial en España. Documento de consenso. *Rev Clin Esp*. 2006;206:510–4.
 9. Bakris GL, Williams M, Dworkin L, Elliot WJ, Epstein M, Toto R, et al. Preserving renal function in adults with hypertension and diabetes. A consensus approach. National Kidney Foundation. Hypertension and Diabetes Executive Committees Working Group. *Am J Kidney Dis*. 2000;36:646–61.
 10. Banegas JR, Segura J, Sobrino J, Rodríguez-Artalejo F, De la Sierra A, De la Cruz JJ, et al. Spanish Society of Hypertension Ambulatory Blood Pressure Monitoring Registry Investigators. *Hypertension*. 2007;49:62–8.
 11. Divisón JA, Sanchos C, Carrión L, Artigao LM, Carballo JA, Maso J, et al. Hipertensión arterial. ¿Mal control? Quizá no tan mal. *Hipertensión*. 2006;23:103–10.
- Francisco J. Félix-Redondo^{a,*}, Daniel Fernández-Bergés^b, José Ríos-Rivera^c, José F. Pérez-Castán^d, José I. Valiente-Rubio^c y Luis M. Molina-Martínez^e
- ^aCentro de Salud Villanueva Norte, Servicio Extremeño de la Salud, Villanueva de la Serena, Badajoz, España
^bSección de Cardiología, Hospital Don Benito-Villanueva de la Serena, Servicio Extremeño de la Salud, Don Benito, Badajoz, España
^cCentro de Salud Don Benito Oeste, Servicio Extremeño de la Salud, Don Benito, Badajoz, España
^dUnidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria, Servicio Extremeño de la Salud, Don Benito, Badajoz, España
^eCentro de Salud La Paz, Servicio Extremeño de la Salud, Badajoz, España
- *Autor para correspondencia.
 Correo electrónico: fjfelixr@telefonica.net
 (F.J. Félix-Redondo)

doi:10.1016/j.aprim.2008.07.007

Aproximación a la atención de enfermos oncológicos en situación terminal, en un distrito de atención primaria urbano

Care of terminally ill oncology patients in an urban primary care district

Sr. Director:

Los cuidados paliativos persiguen una atención física, emocional, social y espiritual de las personas en situación

terminal; sus objetivos son el bienestar y la promoción de la dignidad y autonomía de los enfermos y de su familia, y sus medios terapéuticos, el control de síntomas, el apoyo emocional y la comunicación, cuando la enfermedad —oncológica o no— es ya avanzada, progresiva e incurable, sin posibilidades razonables de respuesta a tratamientos específicos y con una muerte previsible a corto plazo^{1,2,3}. Actualmente la medicina paliativa debe implicar a todos los niveles asistenciales, garantizando continuidad asistencial y calidad. La atención primaria, nivel asistencial más cercano al paciente y a su domicilio, ocupa un lugar singular y cuenta con la herramienta de la atención domiciliaria como arma clave.

Tabla 1

Área hospitalaria	AH 1	AH 2	Total
N	133	145	278
Pérdidas	26	25	51
Icono de proceso presente en historia clínica	41 (38,3)	29 (24,2)	70 (30,8)
Tiene diagnóstico médico	92 (86)	91 (75,8)	183 (80,6)
Tiene identificado síntoma médico	65 (60,7)	55 (45,8)	120 (52,9)
Tiene tratamiento médico	60 (56,1)	49 (40,8)	109 (48)
Tiene al menos una visita domiciliaria médica	29 (27,1)	18 (15)	47 (20,7)
Tiene al menos una visita domiciliaria de enfermería	70 (65,4)	53 (44,2)	123 (54,2)
Tiene valoración dependencia (Test Barthel)	61 (57)	44 (36,7)	105 (46,3)
Identificado el cuidador principal	59 (55,1)	34 (28,3)	93 (41)
Tiene elaborado plan de cuidados	63 (58,9)	43 (35,8)	106 (46,7)
Hay registro de colaboración AP-AE	36 (33,6)	6 (5)	42 (18,5)
Muertes de pacientes de UCP registradas	13 (9,77)	9 (6,2)	22 (7,9)

Todas las diferencias, estadísticamente significativas por prueba de la χ^2 . Los datos expresan n (%).

El objetivo de nuestro estudio es evaluar la calidad de los cuidados paliativos en atención primaria según el proceso asistencial integrado (PAICP) y la cartera de servicios del Servicio Andaluz de Salud 2006^{4,5,6}, conocer la organización específica de primaria y estimar el grado de continuidad asistencial en un grupo de pacientes oncológicos terminales. Se trata de un estudio descriptivo transversal realizado entre septiembre de 2006 y mayo de 2007 en dos fases: entrevista en cada centro con el coordinador de cuidados paliativos y revisión de historias clínicas. Tuvo lugar en el Distrito de Atención Primaria de Sevilla, con dos áreas hospitalarias. Participaron 32 centros de salud y 278 pacientes atendidos desde dos unidades de cuidados paliativos conjuntamente con AP.

En la entrevista evaluamos las condiciones reales de aplicación del PAICP y cartera, sus indicadores, y la organización interna de cada centro de salud^{4,5,7,1}. Medimos la continuidad asistencial, según la calidad (congruencia) de los registros clínicos en la revisión de historias clínicas y buscamos diferencias organizativas por área sanitaria con la prueba de significación estadística de la χ^2 .

Los indicadores fueron inferiores a los estándares en la clasificación de pacientes en situación terminal (el 0,061% de la población general; 0,15%), en la atención domiciliaria (el 46,19% de los pacientes; 100%) y en el uso de opioides (el 37,38% de los pacientes; 40–60%)^{4,5}. El registro de muertes (el 9,75% de los pacientes) subestimaba la atención prestada. En el subgrupo de pacientes, la congruencia de la información clínica variaba desde un 80% de diagnósticos hasta un 7,91% de muertes registradas. Encontramos diferencias significativas en el registro de diagnóstico, tratamiento, atención domiciliaria, valoración de enfermería y contacto entre niveles (tabla 1)¹.

Todos los CCSS conocían el proceso, pero el nivel de formación específica (31%), dedicación en horario concreto (21%), trabajo en equipo (12%) y protocolización (0%) es bajo¹. La atención domiciliaria y elaboración de un plan de cuidados recae sobre enfermería selectivamente. Recurren al nivel especializado: las unidades de cuidados paliativos u otras inespecíficas de medicina interna, sin unos protocolos de actuación concretos y normalizados.

Los indicadores presentan el problema del registro y la medición, y actualmente hay dificultades técnicas para que

tengan relevancia clínica o epidemiológica. En muchos centros manejan registros en papel. Hay diferencias organizativas entre áreas. En AH1, la atención parece prestarse de forma complementaria entre primaria y la UCP y hay mayor contacto entre niveles. En AH2, la atención parece llevarse más en la UCP, con una menor participación de primaria. Dado que los enfermos oncológicos terminales son poco numerosos en primaria y presentan unos síntomas de más difícil control, con una complejidad alta, un objetivo sería lograr una atención compartida con especializada, con un sistema integral entre niveles que actuara como órgano clínico y asesor. Esta adecuada coordinación impediría pérdida de información en la transferencia de pacientes. Quizá el aumento en formación, disponibilidad e investigación en AP tenga que orientarse a conocer la medicina paliativa para poder ofrecer a sus pacientes el mejor recurso en función de su necesidad.

Bibliografía general

1. Indicadores de calidad en cuidados paliativos. SECPAL; 2003.
2. Cuidados paliativos: hechos sólidos. OMS; 2004.
3. Mejores cuidados paliativos para personas mayores. Documento de la Oficina Regional de la OMS en Europa 2004. JNCP MSC; 2005.
4. Proceso asistencial integrado de cuidados paliativos. Servicio Andaluz de Salud; 2002.
5. Ofertas de servicios de atención primaria del Servicio Andaluz de Salud; 2006.
6. I Plan integral de oncología de Andalucía (2002–2006). Sevilla: Consejería de Salud; 2002.
7. Cuidados paliativos domiciliarios. Atención integral al paciente y su familia. SAS; 2003.

María Constanza Colchero Calderón* y
Víctor Manuel Del Yerro Páez

Unidad Clínica de Gestión Ronda Histórica, Sevilla, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mconstanzacc@andaluciajunta.es
(M.C. Colchero Calderón).

doi:10.1016/j.aprim.2008.07.008

Topiramato y déficit de vitamina B₁₂

Topiramate and vitamin B₁₂ deficiency

Sr. Director:

Desde la comercialización de topiramato en España en mayo de 1998 se han comunicado varias reacciones adversas. Las alteraciones de laboratorio notificadas son: la disminución del bicarbonato y el potasio séricos y el aumento de las transaminasas¹. No se han notificado hasta el momento alteraciones en la concentración sérica de vitamina B₁₂.

Presentamos el caso de una mujer de 44 años en tratamiento con paroxetina desde 1 año antes, que inició tratamiento con topiramato (200 mg/día repartido en dos dosis) por un síndrome ansioso-depresivo y un trastorno de la alimentación tipo bulimia. Acudió a consulta tras 20 días de tratamiento refiriendo somnolencia, astenia y torpeza mental. Realizamos una analítica sanguínea, en la cual se objetivó: vitamina B₁₂, 142 pg/ml (normal, 211–911 pg/ml); ácido fólico, bioquímica y hemograma, normales. Se decidió suspender el topiramato e iniciar tratamiento con suplementos intramusculares de vitamina B₁₂ hasta reponer su concentración. La paciente fue estudiada en el servicio de digestivo, donde la endoscopia